

Im Gedenken an die Weiße Rose

Zu Beginn des 15. Internationalen Kongresses für Hypnose möchten wir an diesem Ort durch eine Schweigeminute der Mitglieder der "Weißen Rose" gedenken, die zum Widerstand gegen das Hitlerregime aufriefen und dafür mit dem Tode durch Enthauptung bestraft wurden.

Die Geschwister Sophie und Hans Scholl, Studenten dieser Universität, wurden 1943 in diesem Lichthof beim Auslegen von Flugblättern verhaftet. Die Ludwig Maximilians Universität setzte ihnen hier einen Gedenkstein und richtete hinter diesem Lichthof eine Gedenkstätten ein.

Möge der Widerstand der Weißen Rose uns ein Vorbild darin sein, für Recht und Freiheit der Menschen aller Nationalitäten und Hautfarben einzutreten, wann immer es geboten ist.

vorgetragen am 2. Oktober 2000 im Lichthof der Ludwig Maximilians Universität von Brigitte Morgenstern-Junior (in Deutsch) und Prem Misra (in Englisch)

Am Donnerstag, den 18. Februar 1943, wurden Hans und Sophie Scholl beim Verteilen der Flugblätter im Lichthof verhaftet, am Montag darauf vom Volksgerichtshof verurteilt und Stunden später durch die Guillotine hingerichtet.

Hypnotherapeutische Ansätze bei Borderline-Patienten

J. Philip A. Zindel

■ Die Psychotherapie mit Borderline-Patienten stellt den Therapeuten oft vor besondere Schwierigkeiten, die mit heftigen, oft destruktiven Reaktionen auf therapeutische Nähe verbunden sind. Die Hypnose kann hier verschiedene, spezifische therapeutische Aspekte einbringen, die insbesondere mit der symbioseähnlichen Nähe der hypnotischen Beziehung (anderer Natur als die Übertragung) zusammenhängen. Bei geeignetem Einsatz kann diese Wesentliches dazu beitragen, die Fähigkeit zur Nähe bei solchen Patienten strukturieren und entwickeln. Die Arbeit mit Borderline-Patienten findet also auf drei verschiedenen Ebenen statt: Wachzustand (strukturierende Gespräche), Hypnoseinduktion (Arbeit an der hypnotischen Beziehung) und Arbeit in der Trance (mit Trancephänomenen). Anhand von konkreten Situationen werden typische Vorgehensweisen vorgestellt. Insbesondere wird auch die hypnotische Methode der "aktiven Introjektion des Therapeuten" erläutert. Es wird vorgeschlagen, für die Hypnotherapie eine eigene, an hypnotischen Kriterien orientierte Diagnostik zu entwickeln.

Keywords: Hypnose, Borderline, hypnotische Beziehung, Introjektion

Einleitung

Diese Arbeit muss sich darauf beschränken, in einem ersten Teil die spezifischen Grundlagen des hypnotherapeutischen Zugangs zu Borderline-Patienten aufzuzeigen, also der Frage nachzugehen, was die Hypnose Besonderes, Anderes bringen kann als andere Ansätze. In einem zweiten Teil möchte ich wenige, leider nur sehr fragmentarische Skizzen von typischen Situationen und entsprechenden hypnotischen Interventionen aus der Praxis schildern, und schließlich einen Überblick über die grundsätzlichen Arbeitsebenen der Hypnotherapie geben. Für eine vertiefende Beschäftigung mit dem Thema verweise ich auf die Literatur am Schluss der Arbeit.

Borderline

Weite Definition

Im speziellen Zusammenhang dieses Vortrags verstehe ich die Bezeichnung "Borderline" in einem weiten Sinne. Die Patienten, die ich meine, bewegen sich in einem Feld, wo sich "Persönlichkeitsstörungen", "narzisstische Neurosen", "Charakterneurosen", "Psychopathien", "Ich-Strukturstörungen", "Grundstörungen", gewisse "dissoziative Störungen" usw. treffen, kurz dort wo wir nicht mehr von Neurose aber auch nicht von Psychose reden können. Ich beziehe mich also weder im Speziellen auf die DSM IV-Diagnose, noch auf eine Kernberg'sche noch auf irgendeine andere, anerkannte Definition.

Spezifität der Diagnosen

Dies liegt an der Natur der Dinge: Eine Diagnose bzw. Definition ist eigentlich ein Unterscheidungswerkzeug im Hinblick auf einen spezifischen Zweck (Epidemiologie, Therapie) und auf ein spezifisches Instrument (Statistik, ein bestimmter therapeutischer Ansatz). Sie stellt nie eine objektive Beschreibung einer Sachlage dar. So läuft derselbe Patient unter ganz unterschiedlichen Bezeichnungen, ob ich Epidemiologe, Psychopharmakotherapeut, Psychoanalytiker, kognitiver Verhaltenstherapeut oder Homöopath bin.

Hypnotische Diagnose

Es liegt also auf der Hand, dass das spezifische Werkzeug Hypnose letztlich auch ein eigenes Agnosiesystem brauchen muss, das mich in der Wahl meiner hypnotischen Interventionen leiten kann. Damit dieses "hypnotische Diagnosesystem" mich möglichst sinnvoll anleiten kann, muss es natürlich möglichst genau dem Wesen der Hypnose entsprechen. Dazu muss ich kurz einige wesentliche Bemerkungen zur Hypnose vorausschicken.

Diagnose anhand der Trancephänomene

Öffentlicherweise sieht man den therapeutischen Wert der Hypnose zunächst im Aspekt der Trance und der Trancephänomene, die genutzt werden können, wie beispielsweise die Dissoziation, die Ideodynamik, die Entspannung oder die Altersregression. Ein hypnotisches Diagnosesystem wird also die Patienten nach diesen Phänomenen bzw. nach deren Brauchbarkeit unterscheiden. Die resultierenden "hypnotischen" Diagnosen würden dann etwa heißen: "Störungen der Dissoziation", "Störungen der Ideodynamik", "Störungen der Fähigkeit loszulassen" oder ähnlich. Diese Diagnosen decken sich natürlich weder mit den nosographischen, DSM oder ICD, noch mit den psychodynamischen. Aber mit dieser sicher sehr provisorischen Klassifikation lassen sich hypnotische Interventionen eher planen.

Hypnotische Beziehung

Die Dinge sind noch etwas komplexer, denn die Trance und ihre Phänomene stellen nur eine Seite der Hypnose dar. Mit jemandem Hypnose machen bedeutet nämlich auch und vor allem, eine ganz eigenartige, spezifische Beziehung mit ihm einzugehen. Man spricht gerne etwas

vage von "Rapport" und meint nicht viel mehr als das, was es braucht, um gut hypnotisieren zu können. Genauer betrachtet ist aber diese Beziehung eine ganz besondere, intensive Form von Nähe, die im Hier und Jetzt zwischen zwei Menschen, die sich meist kaum kennen, in kürzester Zeit hervorgezaubert wird. Diese Nähe erinnert in vielen Aspekten an die Symbiose zwischen Mutter und Kind, mit dem Unterschied, dass der Therapeut seinen Patienten bekanntlich kaum je im Arm trägt und entzückt anlächelt. Diese Verschiedenheit liegt natürlich an der therapeutisch bedingten Asymmetrie der Beziehung und an der Abstinenz, der sich der Therapeut unterziehen muss. Aber Tonfall, Sprache, die Art der Zuwendung erinnern schon von außen gesehen an diese frühkindliche Situation. Die Psychoanalytiker Gill und Brenman (1959) sprachen wohl zu Recht von einer "Regression im Dienste des Ich" um den Zustand des Hypnotisierten zu beschreiben, zogen dabei aber den Aspekt der besonderen, damit verbundenen, gegenseitigen Beziehung nicht genügend in Betracht. Denn die Diskussion lief etwas salopp um das Thema "Übertragung", wie in der analytischen Situation. Genauer besehen trifft dies aber auf die Hypnose nicht zu.

Roustang

Der Franzose Roustang (1994) hat sehr scharfsinnig analysiert, dass das Phänomen Übertragung in der Trance, als Folge des ganzheitlichen Loslassens, verschwindet, ja verschwinden muss. Sie manifestiert sich eigentlich nur in der Induktionsphase - als Phänomen des Wachzustands. Diese ketzerische Behauptung lässt sich durch eine einfache Überlegung untermauern: Übertragung ist definitionsgemäß eine Reaktivierung von Gefühlen im Zusammenhang mit unbewussten Wünschen oder Strebungen, die sich auf den Therapeuten richten bzw. projizieren. Nun ist aber der hypnotische Zustand gekennzeichnet durch ein Fehlen der Triebwünsche, also auch derer, die sich an den Therapeuten richten könnten. Eigentlich ist ja genau das das Ziel der hypnotischen Induktion, dass wir einen Patienten dazu bringen, seine "Gefühlstentakeln" von der Außenwelt, also auch von der Person seines Hypnotiseurs, nach innen zurückzuziehen. In der Trance können sehr wohl vorher verdrängte, intensive Wünsche, Aggressionen etc. auftauchen, aber sie richten sich im Erleben des Hypnotisanden nicht an den Therapeuten, also in Form einer Übertragung, sondern sie werden gewissermaßen "intern" erlebt. Der Hypnotiseur bleibt trotzdem unerlässlich, zwar jetzt nicht als Projektionsscheibe, sondern weil er zum schützenden Garant dieser Wendung nach innen wird. Diese paradoxe Situation einer gleichzeitig symbiotischen und doch fast gleichgültigen Beziehung ist vielleicht das wesentlichste Charakteristikum der hypnotischen Beziehung. Eine ähnliche Situation finden wir in der Musik: Wenn wir uns ergriffen von Bachs Musik tiefen Emotionen hingeben, käme niemand auf die Idee, diese Gefühle als Übertragung auf Bach zu bezeichnen! Sehr wohl hingegen ließe es sich als eine Art Übertragung verstehen, wenn ich mich laufend frage, was Bach wohl zu meinem Musizieren denken würde. Ganz entsprechend ergeht es uns also in der Trance, wenn wir uns von den Worten des Therapeuten ergreifen lassen, und nicht mehr mit der Frage beschäftigt sind, wie unsere Beziehung zum Therapeuten wohl aussieht.

Diagnose anhand der hypnotischen Beziehung

Kehren wir zur Frage nach unserem adäquaten, praxisorientierten Diagnosesystem für die Hypnose zurück. Es besteht also aus zwei Dimensionen: die eine, die sich an den anwendbaren Trancephänomenen orientiert, und eine zweite, die sich auf die Qualitäten der hypnotischen Beziehung bezieht. Die Kriterien auf der hypnotischen Beziehungsebene sind also die, wie sich ein Patient auf Nähe einlässt, zu welcher Intensität und zu welcher Qualität von Nähe, insbesondere im Bereich der symbiotischen Erfahrungen, er fähig ist, wie er damit umgeht, usw. Diese Art von Fragestellung beschäftigt uns Hypnosetherapeuten viel mehr als die Kriterien einer korrekten ICD- oder DSM-Diagnose. Aus diesem Grund finden wir übrigens auch häufig in der angelsächsischen Hypnoseliteratur den sehr vagen Begriff "severely disturbed patient", dem allerdings klare Kriterien für eine Indikation zur Hypnose fehlen.

Anwendung des Diagnosesystems

Als Hypnotherapeut eines Borderline-Patienten richte ich mein Augenmerk als Erstes auf die Art, wie er sich auf die hypnotische Beziehung mit mir einlässt. Dies bedeutet, dass meine allerersten hypnotischen Interventionen eine reine Exploration sein werden - was nicht bedeutet, dass diese Exploration selbst nicht schon therapeutischen Wert hätte. Ich achte beispielsweise schon genau, wie der Patient auf das Wort "Hypnose" reagiert. Entweder hat er schon selbst am Telefon den Wunsch nach Hypnose formuliert, oder ich bin es, der im Laufe der Sitzungen auf diese Idee kommt. Eigentlich beginnt die hypnotische Beziehung schon hier, denn um dieses "Zauberwort" bahnt sich schon ein geheimnisvoller, impliziter Vertrag an. Wir verhandeln um eine Symbiose. Will er sie (vermutlich ambivalent)? Will ich sie (sollte ich eigentlich als Therapeut)? Wie stellt er sie sich vor (als die einfache, billige Lösung aller Probleme? Oder hat er Angst davor)? Wie stelle ich mir vor, wie sie in der Therapie effektiv aussehen könnte? Es wäre schade, hier schon korrigierend objektiv richtige, wissenschaftlich korrekte Informationen über die Hypnose zu geben, "damit wir vom gleichen reden". Häufig kann ich nämlich schon im Erstgespräch, welches sich um die Hypnose dreht, wichtigste Informationen über die Ich-Struktur bzw. deren Defizite in Erfahrung bringen. Ich kann gleichzeitig auch im Sinne der Erickson'schen Einstreutechnik erste explorierende Suggestionen einflechten.

Erste Hypnose

Nehmen wir an, wir sind uns über die erste Hypnose "handelseinig" geworden - was bei Borderline-Patienten gerne überstürzt oder extrem verzögert stattfindet - und wir beginnen. Dieser erste Versuch kann durchaus so aussehen, als "entgleite" er mir, wie bei dieser Patientin, die nach kürzester Zeit nach dem Augenschluss aus ihrer allerersten Hypnose aufschnellte und mir sofort vorwarf, sie habe jetzt wegen mir rasendes Herzklopfen und fühle sich furchtbar. Ich hatte ihr allerdings in Wirklichkeit nur ganz vorsichtig und explorativ angeboten, die Augen in meiner Gegenwart zu schließen und zu beobachten, wie sie sich dann fühle. Habe ich nun etwas falsch gemacht und muss ich mich tatsächlich schuldig fühlen, der Patientin einen solchen Schrecken zugemutet zu haben?

Erstens wissen wir aus Erfahrung, dass diese oder eine ähnliche Situation ohnehin irgend-

einmal in der Therapie agiert worden wäre. Mit der Hypnose habe ich es immerhin in einem weitgehend kontrollierbaren und dosierbaren Rahmen zur Bearbeitung hervorrufen können.

Zweitens habe ich auf diese Weise ganz bedeutende Mechanismen des Beziehungsaufbaus und der Beziehungsängste dieser Person schon sehr früh kennen lernen können. Offenbar nimmt sie nämlich einen Vorschlag von mir schon als manipulierende Symbiose wahr bzw. ich werde schon zu einem unkontrollierbaren Selbstobjekt umfunktioniert, das sie dann mit der entsprechenden, die Realität verkennenden Aggression fernhalten muss.

Nun wird mit der Patientin zusammen die Aufarbeitung dieser Interaktion folgen. Eine Möglichkeit kann vielleicht darin bestehen, mit ihr klärend die Realität wiederherzustellen, nämlich dass ich das, was ich gesagt habe, wirklich auch so gemeint habe, wie ich es gesagt habe. Auf jeden Fall wissen wir nun für die weitere Folge der Therapie beide, die Patientin und ich, dass hier eine heikle Grenze existiert, mit der wir zusammen lernen müssen umzugehen. Mit andern Worten macht diese Form von explorativer Intervention nur einen Sinn, wenn der Therapeut mit solchen, chaotisch wirkenden Borderline-Situationen auch ohne Hypnose vertraut und entsprechend ausgebildet ist.

Als analytisch geschulter Hypnotherapeut werde ich natürlich im Hintergrund Bilder in mir entstehen lassen, die sich auf die Kindheit der Patientin beziehen. Ich werde mir möglicherweise eine Mutter oder sonst eine wichtige Bezugsperson vorstellen, die sich in der Symbiose mit meiner Patientin irgendwie so verhalten hat, dass diese sich nun mir gegenüber in der Hypnose so verhält. Diese hypothetischen Bilder werden aber in einer Hypnotherapie weniger in Form von analytischen Deutungen einfließen, als vielmehr in Form von gezielten hypnotischen Interventionen. Ich werde mich, wie schon erwähnt, zunächst an die Wiederherstellung des Realitätsbezugs halten und dies vielleicht gezielt in einem "hypnotischen" Tonfall tun. Oder ich werde, auf das "Hier und Jetzt" bezogen, mit der Patientin besprechen, wie wichtig es für ihre Behandlung ist, die therapeutische Nähe, vor der sie so zurückgeschreckt ist, allmählich zuzulassen und zu strukturieren. Ich werde versuchen, mit ihr zu vereinbaren, hypnotische Übungen zu machen, wie sie beispielsweise Erika Fromm im ersten Teil ihrer "hypoanalytischen Restrukturierung" vorgeschlagen hat. Da übt der Patient zunächst, den Therapeuten mit abwechselnd offenen und geschlossenen Augen wahrzunehmen, und später in verschiedenen Dosierungen der Nähe auch Situationen mit dem Therapeuten zu visualisieren.

Als kognitiver Verhaltenstherapeut würde ich anders vorgehen. Ich ginge vielleicht mit dem Patienten auf die Suche nach anderen Situationen aus dem Alltag, in denen ähnliche Interaktionen stattfinden. Dies würde uns zu Schemakorrekturen in der Hypnose, zum Üben sozialer Situationen in Trance usw. hinführen, in denen der Patient eine bessere Verhaltenskontrolle lernen könnte.

In beiden Fällen müssen Vorgehen und Zielsetzung ausgesprochen, klar und für den Patienten gut durchschaubar sein.

Aktive Introjektion

Eine weitere Möglichkeit, Hypnose in die Psychotherapie von Borderline-Patienten einzubringen, ist die Methode der "aktiven Introjektion" des Therapeuten in Hypnose. Kurz beschrieben

geht es in dieser Methode darum, dass der Patient in Hypnose eingeladen wird, sich ungezielt den inneren Bildern hinzugeben, die spontan aufkommen. Nun ist in der Regel bei Borderline-Patienten zu erwarten, dass sich die Strukturdefizite in Form von Bildern oder Erlebnissen des Grauens darstellen. Hier bietet sich für den Therapeuten die Möglichkeit, nicht nur empathisch zu begleiten oder aus seiner Kreativität heraus Vorschläge zu machen, die aber letztlich aus der Welt außerhalb des hypnotischen Erlebens stammen.

Er kann den Patienten einladen, ihn, den Therapeuten, möglichst in symbolisierter Weise in sein hypnotisches Erlebnis einzubauen. Konkret stelle ich die Frage: "Wer oder was bin ich in Ihrem Bild?". Vielleicht bin ich dann ein Hund, oder ein Talisman, oder ein Christophorus. Mit diesem Symbolbild versuche ich mich nun in meiner parallelen Trance möglichst zu identifizieren. Ich versuche also in meiner Trance Hund, Talisman oder Christophorus zu werden. Und aus dieser Position heraus lasse ich mich von meinen Einfällen leiten, wie ich den Patienten am besten in seiner Hypnose begleiten kann. Der Hund wurde zwar von der Phantasie des Patienten kreiert, aber durch die beidseitige Identifikation mit mir, gewinnt er eine besondere Lebendigkeit und wird zum fassbaren Symbol dessen, was Benedetti als "Übergangssubjekt" bezeichnet. Dieses wird sich im Laufe der Therapie entwickeln und als wesentlicher Strukturbaustein des Ichs introjiziert (vgl. auch Zindel, 2001).

Schluss

Zusammenfassend möchte ich noch in einem - wohl vereinfachenden - Überblick drei verschiedene Ebenen der Hypnosetherapie bei Borderline-Patienten unterscheiden:

1. Die Ebene des *Wachzustands*, auf welcher der Umgang mit dem Agieren der Borderline-Kommunikation stattfindet. Da werden Verträge abgeschlossen, ihr Nicht-Einhalten besprochen und sanktioniert. Da wird die Realität der Therapie strukturiert, und die des Therapeuten mit seinen wirklichen Absichten und seinen realen Gefühlen klargestellt. Hier wird auch die verbale Kommunikation neu gestaltet und nuanciert, indem aus dem typischen Borderline-"entweder/oder" ein "sowohl/als auch" beziehungsweise ein "auf der einen Seite/auf der anderen" aufgebaut wird.

2. Die zweite Ebene ist die der *hypnotischen Induktion*, bei der das Thema der symbiotischen Nähe im Vordergrund steht. Hier wird aufs Intensivste an der Beziehung gearbeitet. Da wird Übertragung stillgelegt und durch Symbiose ersetzt. Diese wird Grundlage sein für das Vertrauen und für die Begleitung, die nötig sein werden, wenn dann in der Trance die bedrohlichen Gefühle der Leere und der Zerstörung angegangen werden sollen.

3. Schließlich kommt an dritter Stelle die Ebene der *Arbeit in der Trance*. Diese kommt dann ins Spiel, wenn die hypnotische Beziehung soweit geklärt und vom Patienten akzeptiert ist, dass sie als Rahmen dienen kann, um die hypnotischen Phänomene zu nutzen. Hier wird gelernt, die rohen Gefühle auszuhalten. Hier ist dann auch die Werkstatt, in der Patient und Therapeut miteinander die Symbolisierungsarbeit bewerkstelligen, die es dann erlaubt, diese rohen Gefühle zu zähmen. Hierbei spielt die Introjektion der positiven Anteile des Therapeuten eine wesentliche Rolle, die ebenfalls dank der Steigerung der psychischen Permeabilität in Hypnose gefördert wird.

Die Hypnose bietet also auf verschiedenen Ebenen wesentliche Bereicherungen der Psychotherapie mit Borderline-Patienten. Sie lässt sich auch in alle bewährten Therapiekonzepte integrieren. Was sie nicht ersetzen kann, sondern eigentlich nur noch mehr in den Vordergrund bringt, ist die Notwendigkeit der menschlichen Präsenz des Therapeuten.

Literatur

- Gill, M.M. & Brenman, M. (1959). Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression. New York: International Universities Press.
- Jouvet, M. (1992). Le sommeil et le rêve. Paris: Odile Jacob.
- Kernberg, O. (1993). Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern: Huber.
- Roustant, F. (1994). Qu'est-ce que l'hypnose. Paris: Editions de minuit.
- Vas, J. (1993). Hypnose bei Psychosen. München: Quintessenz.
- Wolberg, L.R. (1968). Hypnoanalysis. New York: Grune and Stratton (Erste Auflage 1945).
- Zindel, J.P. (1988). Hypnose und tiefenpsychologische Arbeit. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 33, 183-192.
- Zindel, J.P. (1992). Hypnosis in the Psychotherapy of Schizophrenic and Borderline Patients. In W. Bonartz (Ed.), Hypnosis: 175 Years after Mesmer. Konstanz: Universitäts-Verlag Konstanz.
- Zindel, J.P. (1994). Die Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nähe. Experimentelle und Klinische Hypnose, X, 1, 23-33.
- Zindel, J.P. (1998). Träume und Hypnose. In G. Benedetti (Hrsg.), Botschaft der Träume. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Zindel, J.P. (2001). Hypnose mit frühgestörten und Borderline-Patienten. In D. Revenstorff & B. Peter (Hrsg.), Hypnose und Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin (S. 488-498). Heidelberg: Springer.

Hypnotherapeutic approaches to borderline patients

Psychotherapy with borderline patients often poses particular difficulties for the therapist mostly connected with the vehement, often destructive reactions to therapeutic closeness. Hypnosis offers here various specific therapeutic aspects related with the "symbiotic" closeness of the hypnotic relationship (differing in nature from transference). Properly used it can contribute substantial help in structuring and building the capacity for closeness in such patients. The work with borderline patients thus takes place on three levels: the waking state (structuring dialogue), the hypnotic induction (work on the hypnotic relationship) and the work in trance (using trance phenomena). We present some typical situations illustrated by concrete examples. In particular we sketch out the hypnotic method of the "active introjection of the therapist". We propose the development of a special diagnostic system for hypnotherapy based on hypnotic criteria.

Keywords: hypnosis, borderline, hypnotic relationship, introjection.

J. Philip A. Zindel, Dr.med.
Hauptstr. 17, CH-4102 Binningen (b.Basel)
j.philip.zindel@bluewin.ch

erhalten: 5.4.01

akzeptiert: 8.3.03